

< MRI健診問診票 >

ID

年

月

日

1) フリガナ 氏名 _____ 生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 月 日 歳 電話番号 _____ 住所 (〒 _____) _____ _____	
◎ 結果郵送先(上記住所と異なる場合はご記入下さい ※日本国内に限ります) (〒 _____) _____ _____	
2) 現在、他の医療機関に通院されていますか？ 「はい」の方はどちらの医療機関に通院されていますか？ 病院名(_____) 診療科(_____)	はい いいえ
3) 今までにかかれた病気はありますか？「はい」の方はどの病気にかかりましたか？ 喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患 脳梗塞 脳出血 消化性潰瘍 緑内障 その他(_____)	はい いいえ
4) 現在、薬を服用していますか？「はい」の方は何を服用されていますか？ (_____)	はい いいえ
6) 今までに大きな病気で手術をしたことがありますか？ 「はい」の方はどのような手術をされましたか？ (_____ 歳)	はい いいえ
7) 両親・兄弟・祖父母に下記の病歴の方がいますか？ 「はい」の方は○印をつけてください。 脳動脈瘤 くも膜下出血 脳梗塞 脳出血 脳腫瘍	はい いいえ
8) 現在、過去を含め喫煙歴はありますか？「はい」の方はどのくらい喫煙されますか？ (_____ 本/日 _____ 歳 ~ _____ 歳 _____ 年間)	はい いいえ
9) お酒は飲まれますか？「はい」の方はどの程度のまれますか？ 何を(_____) どのくらいの量(_____) 頻度(_____)	はい いいえ
10) 1年以内に健康診断を受けたことがありますか？	はい いいえ
11) 現在妊娠中ですか？または、妊娠の可能性はありますか？	はい いいえ

～ アンケートにご協力をお願いいたします ～

1 当院の脳ドックをどちらで知りましたか？該当するものを○で囲んで下さい。※複数回答可 家族の紹介・知人の紹介・当院系列病院の紹介・他院の紹介・会社の紹介・院内チラシ・当院ホームページ ドック予約サイト(MRSO・EPARK)・健保組合のホームページ・正面入口の大型モニター・以前から知っていた その他(_____)
2 当院の脳ドックを選んだ理由を教えてください。該当するものを○で囲んで下さい。※複数回答可 家族の勧め・知人の勧め・当院スタッフの勧め・当院系列病院スタッフの勧め・他院の勧め 会社の勧め・価格・自宅からのアクセス・会社からのアクセス・営業時間・定期的に受診しているから その他(_____)